



COLÉGIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Mantenedora: CONGREGAÇÃO DO APOSTOLADO CATÓLICO – IRMÃS PALOTINAS
Av. Presidente Vargas, 1449 – Centro – Santa Maria – RS – CEP: 97015- 511
CNPJ 87.026.597/0008-06 – Fone/FAX: (55)3033-8950
Email: contato@colegiofatima.com.br

DECLARAÇÃO (NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA/AJUDA DE CUSTO)

Eu,,
portador (a) do RG nº, expedido pelo (a) e do
CPF nº, residente e domiciliado (a) na
.....(endereço completo), DECLARO, sob
as penas da lei, que meu/minha (s) filho (a) (s)
.....

NÃO recebe (m) pensão alimentícia e/ou ajuda de custo do (a) pai (mãe), avô(ó), tio(a)
e/ou terceiros. Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta
declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou
documentos falsos ou divergentes, implicam na exclusão de (informar o nome do (a)
estudante) _____ do processo, além das
medidas judiciais cabíveis.

Declaro que estou ciente que a não veracidade da informação prestada constitui falta grave,
passível de punição, inclusive com a suspensão do benefício, nos termos da legislação em
vigor.

Local e data.

Assinatura com firma reconhecida em cartório

Obs: Colocar duas testemunhas